

(別紙様式6)

# 退院支援計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

入院日： 年 月 日  
計画着手日： 年 月 日  
計画作成日： 年 月 日

病棟(病室)	
病名 (他に考え得る病名)	
退院に関する患者以外の 相談者	家族・その他関係者( )
退院支援計画を 行う者の氏名 (下記担当者を除く)	
退院困難な要因	
退院に係る問題点、 課題等	
退院へ向けた目標設 定、支援期間、支援概要	
予想される退院先	
退院後に利用が予想さ れる福祉サービス等	
退院後に利用が予想さ れる福祉サービスの 担当者	

注)上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

説明・交付日： 年 月 日

\_\_\_\_\_  
(病棟の退院支援担当者) 印

\_\_\_\_\_  
(入退院支援部門の担当者) 印

\_\_\_\_\_  
(本人)